



**ANTRAG auf HEIMAUFNAHME**

\_\_\_\_\_ am, \_\_\_\_\_

<input type="radio"/> <b>KURZZEITPFLEGE</b>	<input type="radio"/> <b>LANGZEITPFLEGE</b>	<input type="radio"/> <b>ÜBERGANGSPFLEGE</b>
---	---	--

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantworten bzw. zutreffendes ankreuzen.

**AUFNAHME :** \_\_\_\_\_ **ENTLASSUNG:** \_\_\_\_\_ **ZIMMER Nr.** \_\_\_\_\_

**ANGABEN zur PERSON** Zimmerzuschlag vereinbart:  Ja  Nein  Typ DZ € 75  Typ DG € 100

Familienname / Titel	geboren am	dzt. wohnhaft in – PLZ, Ort
bei Frauen Geburtsname	Geburtsort	dzt. Straße Hausnummer
Vorname	Staatsbürgerschaft	Telefonnummer
Familienstand		wohnhaft seit
<input type="radio"/> <b>Mietwohnung</b>	<input type="radio"/> <b>Eigentum</b>	<input type="radio"/> <b>Wohnrecht</b> <input type="radio"/> <b>Fruchtgenuss</b>

**ANGEHÖRIGE - VERTRAUENSPERSONEN**

Sohn/ Tochter	Name	Einkünfte ja / nein	Straße	Postleitzahl	Ort	Telefonnummer

**ÄRZTLICHE VERSORGUNG**

	Name	Adresse	Telefon	Fax
<b>Hausarzt</b>				
<b>Beh. Arzt i. KH</b>				
<b>Heimarzt</b>				
<b>Krankenkasse</b>		<b>Nummer:</b>		
<b>Krankenscheine</b>				
<b>Zusatzversicherung</b>		<b>Nummer:</b>		
<b>Rezeptgebühr</b>	<input type="radio"/> befreit <input type="radio"/> nicht befreit	<input type="radio"/> Antrag gestellt am.....		

**FRÜHERE UNTERBRINGUNG in HEIMEN oder ähnlichen Einrichtungen**

--

**SONSTIGES**

Möbel werden	<input type="radio"/> mitgebracht	<input type="radio"/> keine mitgebracht	<input type="radio"/>

### ANGABEN zum monatlichen EINKOMMEN

Pensionsversicherungs - Anstalt der	Versicherungs- Nummer	Höhe der Nettopension	laut Bescheid vom	Sonstiges

### ANGABEN über den Bezug von PFLEGE GELD

auszahlende Pensionsversicherung	genehmigt am	Pflege- stufe	Höhe des Pflegegeldes	Neuer Antrag gestellt am	ärztliche Untersuchung am

### ANGABEN über BARVERMÖGEN

Bank / Bankleitzahl	Art Sparbuch/Girokonto	Betrag	Datum	Sonstiges

### ANGABEN über BESITZ

Art des Besitzes Haus/Eigentumswohnung /Liegenschaft(en)	Einlagezahl	Geschätzter Verkehrswert		

### ANTRAG auf SOZIALHILFE

Antrag bei	gestellt, am	von	genehmigt, am	Stufe Kostenanerkennung

### ANLAGEN:

bitte ausfüllen/beilegen – „Ärztlicher Fragebogen“ „Wünsche Vorkehrungen“ „Einzugsermächtigung“

### SONSTIGE ANGABEN UND BEMERKUNGEN

---



---



---



---



---

## FOLGENDE UNTERLAGEN SIND VOR DER AUFNAHME BEIZUBRINGEN

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Aufnahmeantrag</b></li><li>• <b>Erklärung der Kostenübernahme</b></li><li>• <b>Bestätigung der Wohnsitzgemeinde</b></li><li>• <b>Meldezettel der Wohnsitzgemeinde</b></li><li>• <b>Geburtsurkunde</b></li><li>• <b>Staatsbürgerschaftsnachweis / Pass</b></li><li>• <b>Heiratsurkunde</b></li><li>• <b>Pensionsbescheid(e) Einkommensbescheid(e)</b></li><li>• <b>Nachweis über Ersparnisse</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bescheid über Pflegegeld / Kopie Antrag</b></li><li>• <b>Bescheid über Sachwalterschaft</b></li><li>• <b>Grundbuchauszug</b></li><li>• <b>Abbuchungsauftrag/Einzugsermächtigung</b></li><li>• <b>Ärztlicher Fragebogen</b></li><li>• <b>E-Card</b></li><li>• <b>Medikamentenliste aktuell / Arztbriefe</b></li><li>• <b>Gemeindebestätigung Regelung Grabstätte</b></li><li>• <b>Kautions* – Taschengeld / Depotgeld anlegen</b></li></ul>
--	---

- Mit Unterfertigung bestätigt der Antragsteller die vollständige und wahrheitsgetreue Beantwortung der Fragen. Eine verbindliche Zusage seitens des Trägers kann erst nach Vorliegen aller Unterlagen erfolgen. Die Anmeldung ist sodann nach Vorliegen aller Unterlagen und Zusage des Trägers für den Antragsteller verbindlich. Bei Nichtannahme eines freien Platzes wird 1 Monatsentgelt als Vertragsstrafe (Pönale) vereinbart.
- Die Kautions ist in Höhe einer Monatspension vor Einzug zu hinterlegen und wird im Ablebensfall gegen offene Forderungen aufgerechnet.
- Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass die **Heimkostensätze** von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung abhängen und daher **veränderlich sind**; dies bedeutet, dass nach Kalkulation eine Erhöhung durch den Träger erfolgen kann. Die Heimkosten müssen monatlich, über Abbuchungsauftrag, im Voraus bezahlt werden. Es ist weiters eine Erklärung der Kostenübernahme Voraussetzung für die Heimaufnahme.
- Die **Leibwäsche** ist mit einem wasserfesten Stift mit den Anfangsbuchstaben zu **markieren** (z.B. Kaindl Franz - K. Fr.) **und in der Folge mit Wäschemarken** zu versehen (im Haus vorbereitet). **ACHTUNG: DIE BESORGUNG DER WÄSCHE (WASCHEN, BÜGELN ...) ERFOLGT AUF EIGENES RISIKO.** Das Haus St. Martin kann **KEINE HAFTUNG** übernehmen!
- **Der Antragsteller nimmt die oben angeführten Voraussetzungen und Bedingungen zur Kenntnis und wurde ausreichend informiert.**
- **Das Wohn- u. Pflegeheim „Haus St. Martin“ ist nicht eingerichtet zur Aufnahme von psychisch Kranken, die in geschlossenen Abteilungen angehalten werden müssen und für Bewohner mit Infektionskrankheiten, die aus ärztlicher Empfehlung in Isolationsstationen betreut werden sollen.**
- **Weiters sind wir nicht in der Lage, Bewohner aufzunehmen, die eine ständige Rufbereitschaft eines Arztes erfordern.**
- **Die Heimgebühren** der Langzeitbetreuung werden nicht kalendermäßig abgerechnet, sondern auf Basis von 30 Tagen pro Monat. Kurzaufenthalte werden nach Kalendertagen abgerechnet.
- Für die **Kurzzeit- u. Übergangspflege** wird gegebenenfalls seitens des Bundessozialamtes ein Zuschuss in unterschiedlicher Höhe (abhängig vom Pflegeaufwand) gewährt. Die Antragsformulare sind über das Haus St. Martin erhältlich - für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.
- Die **Mehrwertsteuer** wird derzeit vom Land getragen und daher dem Bewohner nicht verrechnet.
- **Telefonkosten** € 0,18 pro Einheit werden auf der monatlichen Rechnung eigens angeführt und mit der Rechnung abgebucht.
- **Zusätzliche Kosten** für (z.B. Einrichtungsarbeiten, Besorgungsleistungen usw.) welche vom Bewohner außerordentlich in Auftrag gegeben werden, sind nicht in der Grundversorgung enthalten und werden daher eigens verrechnet.
- **Information für Bürger aus Gemeinden, die ihren Wohnsitz außerhalb des Gemeindeverbandes Südöstliches Mittelgebirge Wohn- u. Pflegeheim „Haus St. Martin“ haben:**  
Für Bewohner, deren Wohnsitzgemeinde außerhalb der Verbandsgemeinden (**Aldrans, Ampass, Lans, Patsch, Rinn, Sistrans und Tulfes**) liegt, ist von der Wohnsitzgemeinde ein Investitionszuschuss von € 11,63 pro Aufenthaltstag zu leisten. **Die Bestätigung der Wohnsitzgemeinde ist VOR Heimaufnahme beizubringen.**
- **Anmeldung gemäß Meldegesetz bei der Gemeinde Aldrans:** Der Antragsteller (bzw. ein Beauftragter) ist nach geltender Gesetzeslage verpflichtet bei Übersiedlung nach Aldrans (Einzug in das Wohn- und Pflegeheim) sich in der Gemeinde Aldrans anzumelden.

**Aufbringung der Kosten nach dem Tiroler Sozialhilfe Gesetz:**

- 80% der Pensionseinkünfte und sonstiger Einkommen
- Pflegegeld abzüglich € 44,30 Taschengeld (10% der Pflegegeldstufe 3)
- Aufbrauch der Ersparnisse Freibetrag € 7.000,00
- Sozialhilfe ((ehemaliger) Besitz von Liegenschaften, Eigentumswohnungen etc. muss angegeben werden)

**HEIMKOSTEN PRO TAG / MONAT (30Tage) - Netto ab 01.01.2010 bis 31.12.2010**

)\*laut Genehmigung vom 14.12.2009 durch das Amt der Tiroler Landesregierung

Bundes- oder Landes- Pflegegeld (Stufe)	HEIM-GEBÜHREN	Heimkosten pro Tag pro Monat	Investitions-Zuschlag für Auswärtige Gemeinden pro Tag Abrechnung nach Kalendertagen	Bettfreihaltegebühr bei Krankenhausaufenthalt pro Tag pro Monat	Kurzzeitpflege/ Übergangspflege/ Urlaubspflege etc. Abrechnung nach Kalendertagen p.d./p.m.
Stufe 0	Grund-Gebühr	€ 40,20	€ 11,63	€ 33,20	
		€ 1.206,00		€ 996,00	---
Stufe 1 € 154,20	Erhöhte Betreuung 1	€ 51,70	€ 11,63	€ 44,70	
		€ 1.551,00		€ 1.341,00	---
Stufe 2 € 284,30	Erhöhte Betreuung 2	€ 62,00	€ 11,63	€ 55,00	
		€ 1.860,00		€ 1.650,00	---
Stufe 3 € 442,90	Teilpflege 1	€ 80,50	€ 11,63	€ 73,50	€ 88,55
		€ 2.415,00		€ 2.205,00	€ 2.656,50
Stufe 4 € 664,30	Teilpflege 2	€ 97,30	€ 11,63	€ 90,30	€ 107,03
		€ 2.919,00		€ 2.709,00	€ 3.210,90
(5) 902,2(6) 1242,0 (7) € 1.655,80	Vollpflege	€ 113,10	€ 11,63	€ 106,10	€ 124,41
		€ 3.393,00		€ 3.183,00	€ 3.732,30

Zimmerzuschlag DG	€ 100 p.m.
Zimmerzuschlag DZ	€ 75 p.m.

ausgehängt am

30.Nov.09

Ich/wir \_\_\_\_\_, wohnhaft in \_\_\_\_\_

erkläre(n) hiermit sämtliche Kosten bezüglich des Heimaufenthaltes von \_\_\_\_\_, zu ungeteilter Hand zu übernehmen, die nicht von anderen Kostenträgern (Sozialhilfe) übernommen werden. Weiters wird die Heimaufnahme für oben genannte Person beantragt. Für die Abrechnung und Zahlungen der Heimgebühren lt. Antrag ist \_\_\_\_\_ verantwortlich.

Aldrans, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**BESTÄTIGUNG DER WOHSITZGEMEINDE**

Die Gemeinde \_\_\_\_\_ beantragt die Aufnahme von \_\_\_\_\_ im Wohn- u. Pflegeheim „Haus St. Martin“ in 6071 Aldrans. Die Gemeinde kommt für sämtliche Gebühren nach §7 Abs. 1 lit. g, Tiroler Grundsicherungsgesetz (Hilfe für alte Personen), auf. Weiters verpflichtet sich die Gemeinde (*gilt nur für Gemeinden außerhalb des Gemeindeverbandes*) den Investitionsbeitrag von derzeit € 11,63 pro Aufenthaltstag zu übernehmen. Die Leistungszusicherung erfolgt auf die Dauer des Heimaufenthaltes bzw. der gesetzlichen Voraussetzungen. Der Investitionsbeitrag wird auch bezahlt, wenn für den Antragsteller(in) der Hauptwohnsitz in Aldrans angemeldet werden muss.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel u. Unterschrift der Wohnsitzgemeinde)

**Wir stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung:**

Obmann:	Bgm. Adolf Donnemiller	
Heimleiter:	Ing. Andreas Kastner	0512 – 341777 – 975
Pflegedienstleitung:	Dipl. SR. Evi Wurm	0512 – 341777 – 977
Verwaltung:	Astrid Eisenführer	0512 – 341777 – 975



haus st. martin

WOHN- & PFLEGEHEIM | ALDRANS

Senderweg 11 | 6071 Aldrans

Tel. +43(0)512 34 17 77-975

Fax +43(0)512 34 17 77-974

info@st-martin.co.at | www.st-martin.co.at

Verwaltung | Astrid Eisenführer

## Wünsche und Vorkehrungen für das geistige Leben & Ableben

Bewohner: \_\_\_\_\_

zuständiges Pfarramt	Religionsbekenntnis	Pfarrer	Tel:
Seelsorge erwünscht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Kommunion	<input type="radio"/> regelmäßig	<input type="radio"/> erwünscht	<input type="radio"/> nicht erwünscht
Bestattungswünsche			
Bestatter	Wer:	Wo:	Sonstiges:
Grabstätte	<input type="radio"/> Familiengrab wo: .....	<input type="radio"/> Wunsch: wo: .....	
Möbel werden	<input type="radio"/> mitgebracht	<input type="radio"/> keine mitgebracht	<input type="radio"/>

### SONSTIGE ANGABEN UND BEMERKUNGEN

---

---

---

---

---

Aldrans, am .....



haus st. martin  
WOHN- & PFLEGEHEIM | ALDRANS

Herr/Frau

.....

Senderweg 11 | 6071 Aldrans  
Tel. +43(0)512 34 17 77-975  
Fax +43(0)512 34 17 77-974  
info@st-martin.co.at | www.st-martin.co.at

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

### **Betrifft Bewohnereinzug**

Bewohnernummer \_\_\_\_\_

Name des Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### **Ermächtigung**

zum Einzug von Forderungen durch Lastschriftverfahren.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die mit mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschriften einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

*Bankverbindungen: Hypo Tirol Bank AG (BLZ 57000), Konto Nr. 300-531.26879  
RLB Tirol AG (BLZ 36000), Konto Nr. 1.322444*

### **Bitte ausfüllen:**

Kontonummer des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

Kontoführende Bank \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mag. pharm. Daurer  
Amraserstraße 106 A  
6020 Innsbruck Telefon: ++43(0)512-341491-0  
Telefax: ++43(0)512-341491-15

## **Apothekenorganisation**

### **Liebe Bewohner, liebe Angehörige!**

Gerne unterstützen wir Sie bei der Versorgung mit Medikamenten und Sonstigem aus der Apotheke.

Die Partnerschaft „Haus St. Martin und Hausärzten der Umgebung und Lindenapotheke“ besteht nun schon erfolgreich seit vielen Jahren. Die harmonische und gut eingespielte Zusammenarbeit des „Dreiergespannes“ Heim - Arzt - Apotheke gewährleistet die bestmögliche Versorgung unserer Bewohner mit Medikamenten und sonstigen Produkten aus der Apotheke. Dies trägt durch einen reibungslosen Ablauf - neben vielen anderen Details - auch wesentlich zum Wohlbefinden unserer Bewohner bei.

Die einzelnen Maßnahmen wie Verordnung, Belieferung und laufende (Nach- & Dauer-)Versorgung und Verrechnung von Arzneimitteln, wird in direktem Kontakt mit den betreuenden Ärzten, der Mitarbeiter des Pflegedienstes im Haus St. Martin und dem Team der Lindenapotheke übernommen. Die Abrechnung erfolgt monatlich im nachhinein, wobei die Abrechnung vom Haus St. Martin (als Erfüllungsgehilfe), in einfacher Weise (unbar), mit dem jeweiligen Heimbewohner, im Abbuchungswege, erfolgt.

Um beim Eintritt des Bewohners ins Haus St. Martin eine lückenlose medikamentöse Versorgung zu gewährleisten und Altbestände an Arzneimitteln nicht vergeuden zu müssen, bitten wir Sie in Absprache mit der Pflegedienstleitung, mitzuhelfen (selbst oder unter Mithilfe Ihrer Angehörigen) den benötigten Arzneimittelbedarf frühzeitig zu organisieren. Selbstverständlich steht Ihnen das Team in der Lindenapotheke dabei gerne zur Seite -  
Öffnungszeiten: Mo.-Fr.: 8.00-12.30h und 14.30-18.00h und am Sa. 08.00-12.00h.

Wir freuen uns gemeinsam, Sie auch bei dieser Aufgabe mit bestmöglicher Versorgung und Unterstützung zu begleiten!

Mit freundlichen Grüßen

**Haus St. Martin**  
Wohn- und Pflegeheim Aldrans  
6071 Aldrans, Senderweg 11  
i.V. HL Kastner Andreas Ing.

Mag. pharm. Dietmar Daurer  
Lindenapotheke  
apo@lindenapotheke.at  
Telefon: +43 512 341491 Fax DW 15  
[www.lindenapotheke.at](http://www.lindenapotheke.at)